365

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1912 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Adolphe LE BRETON

Né à Laval, le 6 janvier 1884

ÉPILEPSIE & MENSTRUATION

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

RAPPORTS ENTRE LES PHÉNOMÈNES CATAMÉNIAUX

et les crises convulsives

Président : M. Gilebrt BALLET, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, Éditeurs

15, Rue Racine (VIe)

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TESSIER
Pathologie chirurgicale	X.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	N.
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVILLE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MA MÈRE

Je dédie ce travail comme un faible témoignage de ma profonde affection et de ma sincère reconnaissance.

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

Arrivé au terme de nos études, nous considérons comme un devoir d'apporter ici un sincère et faible témoignage de reconnaissance à tous ceux qui, par leur enseignement leurs conseils ou leur amitié,ont contribué à notre éducation médicale.

Nous conserverons toujours un précieux souvenir de nos maîtres à l'école et dans les hôpitaux de Nantes, et en particulier de MM. les professeurs Malherbe, Guillemet, Poisson, M. et E. Bureau, U. et A. Monnier, Mirallié, Guilbaud, Lemeignen.

Nous avons trouvé aussi, auprès de notre chef de service M. le Dr Bessière, une bienveillance de tous les instants, et nous lui sommes sincèrement reconnaissant d'avoir facilité les recherches nécessaires à ce travail, en mettant à notre disposition les documents de l'asile de Navarre. Que M. le Dr Nouët, médecin à l'asile de Quimper, qui fut pour nous un maître et un ami dévoué, et qui nous donna l'idée première de ce travail, reçoive ici l'hommage de notre bien vive gratitude.

Nous joindrons à la suite de nos maîtres, notre collègue et ami M. le Dr Jules Renaux, qui a bien voulu nous laisser publier quelques-unes de ses observations. Nous l'en remercions ici bien sincèrement et l'assurons de notre très vive sympathie.

ÉPILEPSIE & MENSTRUATION

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

RAPPORTS ENTRE LES PHÉNOMÈNES CATAMÉNIAUX

et les crises convulsives

L'épilepsie est restée classée, jusqu'aujourd'hui, parmi les névroses ; elle comprend, comme le dit Féré « un certain nombre de s ndromes consistant principalement en spasmes ou convulsions, avec ou sans chute, avec abolition de la sensibilité, de la mémoire, de l'intelligence ».

En outre de ces manifestations, que l'on peut confondre, comme le fait Rogues de Fursac, en un même groupe, les *troubles paroxystiques*, il existe des *altérations permanentes* de l'état mental du malade qui lui donnent une personnalité bien tranchée. Mais le fait en quelque sorte capital, essentiel, c'est l'apparition, à époques diverses, des paroxysmes convulsifs, accompagnés de perte de connaissance et de dépense énorme d'énergie nerveuse.

Nous n'avons pas à refaire ici le tableau clinique de ces accès : la crise classique est décrite avec précision par tous les auteurs ; il nous paraît logique

de nous occuper d'emblée de l'étiologie générale de la maladie, pour préciser la genèse de l'attaque ; autrement dit, de réduire l'étude de la névrose à une recherche approfondie des conditions du seul accès épileptique.

Nous ne pouvons évidemment prétendre résoudre définitivement ce problème, en partie élucidé à l'heure actuelle. Dans les nombreux travaux faits sur ce sujet, on a signalé, et depuis longtemps, que à côté de causes prédisposantes (âge, hérédité alcoolique, tuberculeuse, saturnine), existaient des causes plus précises ; *les intoxications* et les infections : alcool, convulsivants du système nerveux, saturnisme, goutte, troubles gastro-intestinaux (Gowers, Paget, Lépine, de Fleury), hépato-toxhémie (Gilbert Ballet et Faure).

Infections telles que : scarlatine, grippe, rougeole, etc. (Pierre Marie, Gilles de la Tourette). Ce sont tous ces facteurs qui déterminent les convulsions infantiles, lesquelles laissent derrière elles un terrain tout préparé à l'éclosion de l'épilepsie (voir obs. II et XI). Mais suivant la remarque de Pierre Marie , ces affections « créent des épileptiques » et nullement l'attaque.

L'anatomie pathologique ne nous fournit guère non plus de précision sur la question. On sait que la différenciation entre l'épilepsie symptomatique et l'épilepsie essentielle repose sur l'absence de lésions à l'autopsie dans cette dernière, alors que l'épilepsie Bravais jacksonienne est toujours sous

la dépendance de grossières lésions des centres nerveux. Dans la névrose épileptique, il n'y a pas de lésions anatomiques (Féré, Gilles de la Tourette). Cependant, quelques auteurs (Chaslin, Blener, Marchand) ont signalé la présence assez fréquente de lésions histologiques dans l'épilepsie essentielle : foyers méningo-encéphaliques dans le cortex, lésions du sous-cortex, épaississement des méninges, gliose de la névroglie. Ces observations ont été contestées par Blocq et Marinesco.

La physiologie expérimentale contemporaine est venue apporter quelque éclaircissement à la question : « L'excitabilité de l'écorce, voilà la condition suffisante et nécessaire du phénomène ; selon que cette excitabilité s'exalte ou diminue, l'intensité et l'extension des convulsions varient » (H. Jackson). La convulsion épileptique reste donc une manifestation purement corticale ou sous-corticale (François Franck, Pitres, Luciani, Fristch et Hitzig).

La question se rétrécit : les traumatismes, les infections, les *intoxications* pourront produire, puis maintenir cette excitabilité corticale nécessaire à l'apparition de l'attaque. Et, selon les principes posés par François Franck, une sorte d'aptitude de plus en plus grande à la crise sera créée : les convulsions augmenteront en nombre et en durée parallèlement à un état de moindre résistance du cerveau. Comme le dit M. de Fleury : « Si le malade est un épileptique, c'est que son

écorce est touchée ; mais s'il est pris aujourd'hui, à telle heure, d'un accès convulsif ou de quelque vertige, c'est que des irradiations » ... « sont venues agir puissamment, par action réflexe ou par empoisonnement chimique sur le système nerveux central ».

Ces données de toxicité ont été mises en lumière par Bouchard, Voisin, Féré, dans des travaux sur l'excrétion urinaire et par Dide et Sacquépée dans des recherches faites sur le liquide céphalo-rachidien des épileptiques.

Or, et nous arrivons au but particulier de notre travail, l'empoisonnement chimique des centres nerveux, cette intoxication, peut être lié, chez la femme, à la menstruation. Plusieurs auteurs ont parlé de l'influence du flux cataménial, sur la névrose épileptique et nombre d'observations ont été publiées à ce sujet.

En 1836, Beau signale qu'à l'époque des menstrues, les attaques apparaissent chez les femmes épileptiques avec plus de fréquence ; il ajoute que, chez ces femmes, la puberté est généralement retardée.

Pour Brière de Boismont, il y aurait fréquemment apparition simultanée des règles et des attaques épileptiques ; une fois les règles bien établies, les attaques continuent et se produisent de préférence au moment des époques.

Berthier est d'avis que les névroses convulsives sont provoquées avec une égale fréquence par

l'arrêt et par l'excès de l'écoulement menstruel ; en outre, la suppression du flux cataménial par émotion violente produirait plus volontiers l'épilepsie.

F. Villard s'appuyant sur l'observation de 17 malades, arrive à ces conclusions : « Si l'épilepsie agit sur la menstruation en retardant le moment de son apparition et en la rendant irrégulière lorsqu'elle est développée, la menstruation, à son tour, agit sur la maladie, en diminuant parfois la fréquence des accès, lorsqu'elle est régulière, et en provoquant presque toujours les crises à chaque période cataméniale. »

Dans son traité des névroses, Axenfeld a noté l'influence des troubles utérins sur l'épilepsie : « l'établissement de la menstruation, dit-il, ou l'apparition de chaque époque cataméniale ou encore les rapports sexuels ont pu être le point de départ de la maladie ou le signal d'accès plus fréquents. Cependant, fait remarquable, l'épilepsie chez une femme enceinte ne prédispose pas davantage à l'éclampsie et il est important de savoir que ces deux accidents convulsifs évoluent dans la plus complète indépendance. Mais si les accès d'épilepsie peuvent être suspendus par une grossesse intercurrente, il est des cas, au contraire, où l'état gravide devient la cause d'accès beaucoup plus nombreux et où la plus légère excitation venue de l'utérus peut être le point de départ des crises. C'est ainsi que M. Terrillon a cité le cas

d'une femme atteinte d'épilepsie héréditaire ayant débuté à l'âge de sept ans et qui à partir du début de la menstruation vit ses attaques convulsives revenir régulièrement et périodiquement tous les mois, deux ou trois jours avant l'écoulement menstruel ; deux grossesses survenues à plusieurs années de distance eurent pour effet d'augmenter considérablement le nombre des accès qui se répétaient plusieurs fois dans la journée pour ne se montrer ensuite que tous les mois, après l'accouchement. » Et, plus loin, il ajoute : « L'épilepsie qui débute dans l'enfance guérit (bien rarement) à l'époque de l'évolution pubère ; celle qui survient après cette période a une tendance plus grande à persister indéfiniment. Cette influence de la puberté est d'ailleurs très contestable ; il en serait de même pour la menstruation et le mariage qui aggraveraient plutôt la maladie et qui provoqueraient le retour plus fréquent des accès convulsifs. Au sujet de la menstruation il existe du reste une influence réciproque entre elle et le mal comitial : « On sait que les attaques surviennent plus souvent chez les femmes au moment des époques menstruelles et que celles-ci deviennent très irrégulières par le fait même de l'épilepsie. »

Plus récemment, les cliniciens ont repris avec intérêt la question. Georget cité par Féré, a remarqué que « beaucoup de femmes étaient dans la période menstruelle lorsqu'elles avaient

éprouvé la frayeur qui les rendit épileptiques. Peut-être faut-il tenir compte de la susceptibilité particulière du cerveau à cette époque de la suppression menstruelle et de la frayeur ; mais ce qu'il y a de certain c'est que l'écoulement se rétablit très souvent sans que l'épilepsie cesse de se manifester. »

Pour Féré, tout trouble apporté dans la menstruation a une influence sur l'apparition et la fréquence des paroxysmes convulsifs ; à une puberté douloureuse correspondent des manifestations particulièrement aiguës de la névrose.

Dans son *Traité des Épilepsies*, Gélineau note la fréquence des accès aux approches du flux menstruel et pendant toute sa durée.

Marotte, cité par ce même auteur a montré que souvent la menstruation active l'épilepsie en multiplant les paroxysmes et en les rendant plus intenses et leur imprime quelquefois une périodicité inusitée jusque-là ».

Kraepelin dans son *Traité de Psychiâtrie* énonce les principes ci-dessous : « A l'âge de la formation, l'épilepsie s'aggrave souvent ou bien parfois à ce moment son diagnostic se précise. Les premières règles donnent la première impulsion. Et, plus tard, il n'est pas rare de constater une augmentation des accès épileptiques au moment des règles. Pendant la grossesse, il y a des améliorations, mais aussi on peut constater une aggravation de la maladie. J'ai vu, une fois, à ce moment

la première manifestation de la névrose et une autre fois l'apparition d'un état de mal épileptique chez une femme enceinte.

» La proportion des cas d'épilepsie dans le jeune âge est beaucoup plus forte chez les femmes que chez les hommes. Jusqu'à vingt ans il y a moitié plus de femmes que d'hommes à devenir malades. Après vingt ans, le nombre des femmes est à celui des hommes comme 1 est à 5, 1 à 6 et 1 à 7. Cette différence pourrait tenir en partie à ce que, chez les femmes, l'époque de la puberté a une importance relativement plus considérable. » Puis, dans un autre chapitre le même auteur déclare :

« Lorsque les menstrues se produisent pour la première fois, les dispositions hystériques ou épileptiques se manifestent par des sortes de syncopes, des états d'excitations ou au contraire de dépression. »

Dans un tiers des cas observés par Claude et Maës, il y a exagération des phénomènes convulsifs au moment des règles.

Flaviero cite le cas d'une épileptique réglée abondamment mais irrégulièrement pendant toute la période d'activité génitale, chez laquelle les accès apparaissaient périodiquement en même temps que les menstrues, et dont la guérison survint juste à la ménopause.

Régis est du même avis ; il dit qu' « à côté des cas qui constituent les psychoses menstruelles

vraies, il faut citer ceux dans lesquels l'intervention de la fonction cataméniale ou de ses troubles se borne à favoriser l'éclosion d'un délire quelconque. Cela a lieu dans les névroses, surtout dans l'hystérie et l'épilepsie et chez un certain nombre de dégénérées et des vésaniques ».

L. Gualino a publié l'observation d'une femme qui avait eu des convulsions à l'âge de deux ans et qui eut sa première crise au moment de l'installation de ses règles. Dans la suite, la malade eut 2 à 3 crises par mois et toujours pendant les périodes menstruelles. L'auteur suspendit les règles pendant cinq mois en employant en injections le chlorhydrate de cotarnine ou stypticine quelques jours avant l'époque des règles ; les règles et les crises disparurent ; le cinquième mois, les injections ayant été suspendues, les crises reparurent, Gualino donna ensuite à cette femme de la substance ovarienne (2 tablettes d'ovaire sec de Roche) pendant les dix jours précédant l'époque présumée des règles ; les crises furent suspendues malgré la persistance du flux sanguin ; elles reparurent après la cessation des règles.

Les trois quarts des malades observées par Lévi Bianchini avaient vu leur névrose apparaître avant la trentième année ; chez ces épileptiques, les accès étaient quatre fois plus nombreux dans les périodes menstruelles que dans leur intervalle ; en outre plus de la moitié d'entre elles avaient de la dysménorrhée.

W. Spartling pense que « dans de nombreux cas d'épilepsie à début survenu entre douze et dix-huit ans, il est évident que ce début est en rapport avec l'établissement de la menstruation chez la jeune fille » ; mais il ajoute que chez des sujets normaux cette période physiologique ne peut pas déterminer par elle-même les convulsions épileptique et que l'on trouvera, dans la plupart des cas, dans les antécédents des jeunes épileptiques, une histoire de convulsions infantiles ou des tares héréditaires capables de fournir l'explication pleinement satisfaisante du pourquoi du développement de la maladie.

Hugh S. Davidson rapporte 2 cas d'épileptiques dont les accès reviennent périodiquement avec le flux menstruel et cessent aussitôt après son arrêt.

A. Gordon note également la fréquence des cas où les attaques ne surviennent que pendant la période menstruelle ; il remarque à ce sujet le peu d'influence du régime bromuré sur les crises cataméniales et l'influence heureuse de l'opothérapie thyroïdienne.

G. Parhon et Urechia font la même constatation, en ajoutant que le sécrétion ovarienne retentit sur le métabolisme général, et que l'absence des menstrues exerce dans certains cas une action aggravante sur la névrose.

Enfin, un des travaux les plus importants qui aient été faits sur ce sujet est dû à L. Trepsat ; pour cet auteur, la menstruation est une véritable

sécrétion analogue à la sécrétion glandulaire : « Le sang des règles, écrit-il, n'a pas en effet la même composition que le sang normal ni les mêmes propriétés ; il ne se coagule pas et il est plus toxique. Les règles servent donc à éliminer une substance toxique spéciale. Or, on sait que toutes les sécrétions, lorsqu'elles sont sur le point d'être éliminées et qu'elles n'appartiennent plus à la cellule vivante, acquièrent rapidement une toxicité extrême. On peut donc parler d'intoxication menstruelle ; cette intoxication se manifeste d'ailleurs par divers symptômes ; elle peut retentir non seulement sur la femme, mais aussi sur l'enfant qu'elle allaite. »

L'auteur a fait porter ses observations sur 18 femmes épileptiques adultes, sans s'occuper de la puberté ni de la ménopause; il rattache d'une façon systématique à la période menstruelle les trois jours qui précèdent et les trois jours qui suivent l'hémorragie cataméniale : « En effet, l'intoxication peut se produire avant le début de la sécrétion menstruelle et elle ne cesse pas toujours en même temps que s'arrête cette sécrétion. Même chez la femme normale, on note parfois pendant les jours qui précèdent et ceux qui suivent l'écoulement une certaine irritabilité et des courbatures qui sont l'indice d'un empoisonnement de l'organisme. » Trepsat envisage successivement l'action de la menstruation sur l'épilepsie, puis celle de l'épilepsie sur la menstruation. Dans la

première partie de son étude, il constate que, d'une manière très générale, le nombre des attaques est franchement accru pendant les périodes menstruelles; à côté des grandes attaques, l'auteur a essayé de faire le décompte des vertiges, mais vu leur grand nombre, il lui a été impossible d'en faire le total quotidien avec certitude ; pourtant, chez 4 malades, il a vu les vertiges se produire toujours au moment des règles, et rarement dans leur intervalle.

Quant à l'action de l'épilepsie sur la menstruation, elle est également très nette. « Sur nos 18 malades » écrit Trepsat, « 7 avaient des menstrues régulières et 11 étaient très irrégulièrement réglées ; » l'épilepsie rendrait donc fréquemment la menstruation troublée et irrégulière. Mais la périodicité des paroxysmes nous a paru beaucoup plus nette chez les malades bien réglées. Ces résultats confirment l'opinion émise par Villard et Féré. La durée des époques n'offre chez nos malades aucune particularité; elle est en moyenne de quatre jours. Au sujet de la puberté, tous les auteurs s'accordent à reconnaître que l'épilepsie retarde le moment de son apparition.

Nous manquons malheureusement de renseignements sur ce point, la plupart de nos malades avaient été transférées des asiles de la Seine avec un dossier incomplet; pour 2 d'entre elles seulement, nous avons pu savoir que la puberté s'était établie de quatorze à dix-neuf ans. A la ménopause

nous pensons que la périodicité des paroxysmes tend à disparaître avec la périodicité de l'écoulement menstruel. »

Trepsat constate enfin que 5 de ses malades présentaient pendant les époques menstruelles une agitation très vive et très marquée, tandis qu'elles se montraient habituellement calmes dans l'intervalle. Deux malades, au contraire, étaient plus déprimées abattues et mélancoliques pendant les règles. Les autres ne manifestaient aucun changement.

A côté de ces observateurs qui ont constaté l'influence fâcheuse de la menstruation sur les accès paroxystiques des épileptiques, il convient de citer aussi les auteurs qui ont observé le fait contraire; ils sont d'ailleurs peu nombreux; Elliotson, cité par Féré, rapporte le cas d'une vieille femme qui avait été épileptique depuis les premières semaines de sa vie et qui, après avoir paru guérie pendant les trente ans que dura sa menstruation, fut reprise du mal comitial à la ménopause. Etchepare est d'avis qu'on a donné une trop grande importance à l'influence de la menstruation dans les psychoses. L'auteur a étudié les caractères des époques chez les aliénées de son manicome, où 410 femmes sur 521 sont réglées; il est d'avis que l'influence de la période cataméniale sur le psychisme de la femme saine ou malade a été fort exagérée ; de même, les rapports entre la menstruation et l'amenorrhée d'une part, et l'origine des

psychoses de l'autre, est peu étroit, la ménopause précoce ou non semblant être plutôt une coïncidence ou une conséquence de la maladie qu'une cause de psychose ; et il estime qu'en particulier, chez les épileptiques, les règles peuvent avoir une action favorable sur les manifestations convulsives. Enfin, Friedman et Vildermuth ont vu souvent l'apparition des règles interrompre les crises et exercer une action favorable sur l'évolution de l'épilepsie.

Quelle idée générale tirer de l'ensemble de documents ci-dessus rapportés ? Nous remarquons tout d'abord une évidente contradiction entre l'opinion des derniers auteurs cités et celle qui semble la plus communément admise par les autres observateurs ; mais, en fait, cette contradiction est plus apparente que réelle, et nous reviendrons sur ce point au cours de notre travail.

A notre tour, nous avons fait des recherches sur le rapport qui existait entre les règles et les crises comitiales, et nous avons pensé que seules des observations cliniques détaillées, s'adressant à un nombre de cas assez important, pouvaient apporter quelque éclaircissement à la question.

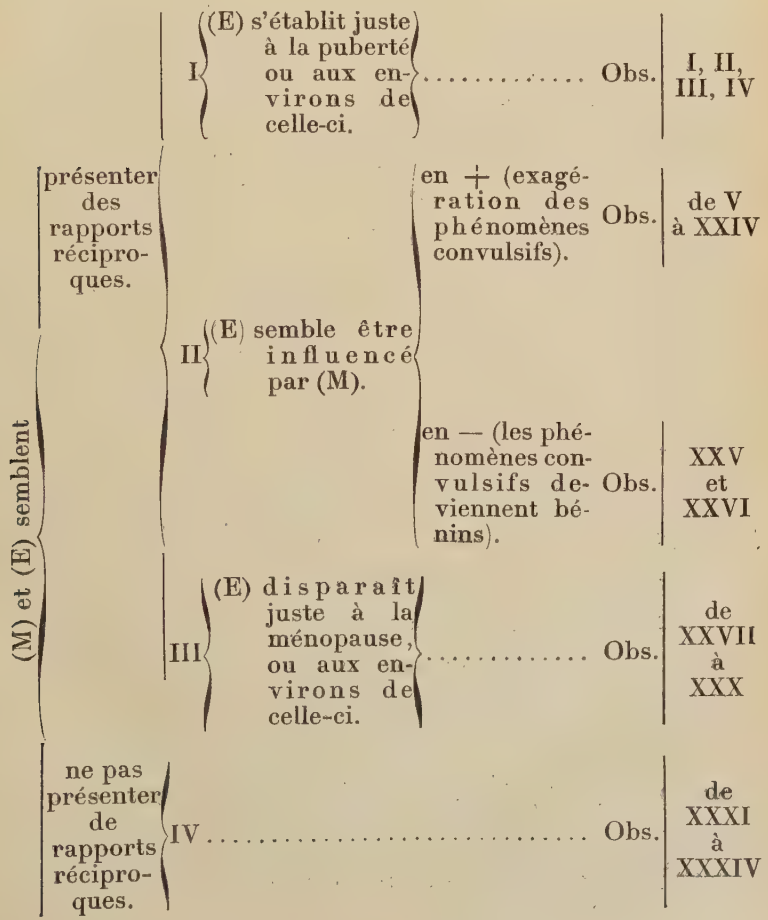
Nous avons donc examiné et observé toutes les épileptiques actuellement en traitement à l'asile d'Évreux, laissant seulement de côté les malades très jeunes et pas encore formées, dont l'étude ne présentait pas de faits intéressants sur le point qui nous occupe ; nous sommes ainsi arrivé à réunir

34 observations. Nous avons tenté une classification rationnelle de ces observations, classification que nous résumons dans le tableau qui suit :

Pour en simplifier la lecture, nous convenons de représenter :

Les phénomènes menstruels par la lettre (M).

Les manifestations de la névrose épileptique, par la lettre (E).


(M) et (E) semblent
présenter des rapports réciproques.
I (E) s'établit juste à la puberté ou aux environs de celle-ci. ..... Obs. I, II, III, IV
II (E) semble être influencé par (M).
en + (exagération des phénomènes convulsifs). Obs. de V à XXIV
en — (les phénomènes convulsifs deviennent bénins). Obs. XXV et XXVI
III (E) disparaît juste à la ménopause, ou aux environs de celle-ci. ..... Obs. de XXVII à XXX
ne pas présenter de rapports réciproques.
IV ..... Obs. de XXXI à XXXIV

Les malades dont les observations suivent sont traitées à l'asile depuis plusieurs années pour la plupart, quelques-unes depuis plusieurs mois seulement.

Dans tous les cas, le diagnostic de mal comitial n'est pas douteux, car nous avons éliminé tous les cas frustes et ceux où le diagnostic avec des états convulsifs d'origine variée aurait pu être discuté.

Ne nous occupant ici que de l'élément convulsif, nous n'avons pas cru devoir grouper nos malades suivant la forme des troubles mentaux associés à la névrose comitiale.

En effet, parmi ces femmes les unes sont atteintes d'états congénitaux (idiotie, imbécillité, débilité mentale) associés aux troubles convulsifs ; chez certaines autres, les troubles mentaux sont acquis et il s'agit de démence épileptique. La pathogénie de l'accès épileptique et les rapports entre l'épilepsie et la menstruation étant les mêmes dans tous les cas, il nous a semblé inutile d'établir une classification basée sur la forme mentale associée aux accidents convulsifs.

A la suite de ces observations, nous chercherons pourquoi dans certains cas la menstruation tend à aggraver et à multiplier les accès comitiaux, et pourquoi dans d'autres cas contraires elle semble les influencer favorablement, et nous insisterons tout particulièrement sur l'action de la sécrétion interne de l'ovaire qui, quoique très peu

connue encore, paraît jouer un rôle important dans les rapports réciproques qu'affectent l'épilepsie d'une part et de l'autre la menstruation.

Nous terminerons ce travail en émettant les conclusions qui, logiquement, semblent résulter de nos observations cliniques.

Observations des femmes dont la première attaque coïncide avec les premières règles ou chez lesquelles un rapport semble exister entre la puberté et l'apparition des premières crises.

OBSERVATION I (Personnelle)

Joséphine A... est âgée de cinquante et un ans ; elle est entrée à l'asile le 2 septembre 1886, elle a été élevée par l'assistance publique et ses parents sont inconnus. Elle est complètement illettrée et faible d'esprit ; elle boite par suite de luxation de la hanche droite. Elle est réglée depuis l'âge de quinze ans, et c'est pendant cette première période menstruelle qu'elle a eu son premier vertige ; car, jusqu'en 1904, elle n'a eu que des vertiges survenant presque uniquement au moment de ses règles ; les vertiges pendant cette période se succèdent avec rapidité ; elle en a jusqu'à 12 dans une même journée ; elle pâlit, reste quelques secondes sans bouger puis exécute différents mouvements automatiques tel que celui de tordre

son tablier ou de se frotter les mains. Brusquement, en mai 1904, sans raison connue, les vertigesde la malade font place à de véritables crises avec cri initial, perte complète de connaissance, convulsions, stertor ; elles se produisent surtout la nuit et sont au nombre de 10 à 15 par mois; elles se distinguent par leur violence et leur longueur pendant la période menstruelle, mais ne sont pas plus nombreuses à ce moment que dans l'intervalle. En 1907, les crises diminuent de fréquence et se produisent au nombre de 5 à 8 en moyenne par mois, toujours avec plus d'intensité pendant le flux cataménial. En 1909, la malade jusque-là régulièrement réglée, arrive à la ménopause. Elle continue cependant à avoir des crises avec un minimum de 2 et un maximum de 6 par mois. Chez cette malade les réflexes sont normaux et la sensibilité cornéenne conservée ; la sensibilité générale semble légèrement émoussée.

OBSERVATION II (Personnelle)

Eugénie B... est âgée de vingt-neuf ans ; elle est entrée à l'asile le 23 décembre 1907 ; elle est la fille d'un alcoolique, buveur d'absinthe et d'eau-devie ; sa mère est bien portante ; elle a 2 sœurs, 1 de dix-huit ans et l'autre de vingt-cinq ans, toutes les deux bien portantes.

A l'âge de trois ans, elle a eu des convulsions ; d'une intelligence très faible, elle ne sait ni lire ni écrire quoiqu'elle soit allée pendant plusieurs années à l'école. Elle présente de nombreux stigmates de dégénérescence : voûte palatine ogivale, léger strabisme, prognatisme du

maxillaire supérieur, adhérence des lobules auriculaires.

Les réflexes rotuliens et pupillaires sont normaux, la sensibilité cornéenne est diminuée et la sensibilité générale très obtuse. Elle a été réglée pour la première fois à l'âge de treize ans ; le deuxième jour de l'apparition de ses règles, elle a sa première crise comitiale attribuée par ses parents à une frayeur.

A partir de cette époque elle est régulièrement réglée tous les mois ; ses règles sont abondantes, elles durent huit jours environ ; au moment de ses règles les attaques deviennent plus nombreuses et plus violentes.

Les accès sont classiques ; chute brusque le plus souvent sur la face s'accompagnant d'un cri, perte de connaissance, convulsions, quelquefois morsure de la langue, rarement miction involontaire. La malade a en moyenne 4 à 6 attaques par mois, dont 3 ou 4 pendant la durée de l'écoulement menstruel. Ces attaques ont lieu le plus souvent le jour et sont suivies d'une obnubilation profonde.

OBSERVATION III

Aimée C..., célibataire, actuellement âgée de vingt-huit ans. Entrée à l'asile de Navarre le 10 septembre 1901, avec le diagnostic de « crises d'épilepsie constatées depuis environ six mois ». Elle est fille naturelle, et nous ne pouvons obtenir de renseignements sur son hérédité paternelle. Sa mère est morte pendant l'accouchement. Deux frères bien portants.

La malade a marché et parlé de bonne heure. Elle n'a jamais présenté de convulsions, a toujours eu une bonne

santé pendant son enfance. Mais c'est une nerveuse : en dehors des accidents convulsifs dont nous parlerons plus loin, elle a fréquemment des crises d'énervement se traduisant habituellement par d'irrésistibles envies de pleurer, par des obsessions impulsives (onychophagie).

Les règles apparaissent en avril 1901.

C... est alors âgée de seize ans et demi ; et c'est de cette époque que datent les attaques. Huit jours après les premières menstrues, la malade présente, dans la soirée, une crise épileptiforme avec chute, perte de connaissance, écume à la bouche, mouvements cloniques. Le règles reviennent à époque normale, en mai, en juin : le 24 de ce dernier mois (trois jours après l'écoulement menstruel), deuxième crise se produisant dans la matinée: les allures de l'attaque sont déjà plus nettes. La malade s'est mordu la langue. Les mêmes faits se reproduisent durant les deux autres mois précédant l'entrée à Navarre. Les premières crises observées à l'asile ne sont pas franches. Les 15 et 16 septembre, deux accès convulsifs. La malade n'est pas tombée ; elle s'est assise d'elle-même sur une chaise pendant trois minutes. Le 19, la malade éprouve un léger vertige. Elle s'écrie : « Je vais tomber, vite, mon éther... », mais ne perd pas connaissance, s'asseoit. On note seulement des mouvements saccadés des jambes, surtout de la gauche. Le 22, lendemain des règles, « elle sent venir une attaque », tombe de sa chaise sans connaissance, raide et immobile, de l'écume à la bouche, la face pâle. Pas d'émission d'urine. Amnésie après l'attaque.

D'octobre 1901 à avril 1902, la malade ne présente pas de crises. Mais ces dernières réapparaissent en mai, et

l'état reste sensiblement identique jusqu'en 1908 : crises (toujours diurnes) survenant dans les jours suivant l'apparition des règles. Ces dernières ont toujours été très régulières.

Enfin, depuis 1908, les crises ont augmenté de fréquence, et la malade éprouve, en outre, de nombreux vertiges. Son irritabilité s'est beaucoup accrue.

Examen somatique. — Signes de dégénérescence (voûte palatine ogivale). Pigmentation brunâtre très marquée sur toute la surface du corps.

Mère, cinquante ans, bien portante ; a fait une typhoïde environ trois ans avant la naissance de la malade.

Un frère mort à sept ans, à la suite d'eschares consécutives à une profonde brûlure.

Huit sœurs et deux frères en bonne santé.

OBSERVATION IV

Marcelle B..., vingt et un ans. Entrée le 13 mai 1911.

Dans son enfance, B... s'est toujours bien portée, sauf une scarlatine qu'elle a fait à l'âge de sept ans. Elle a sa première attaque d'épilepsie à l'âge de quinze ans, environ trois ans avant l'apparition des règles. Jamais, avant cette époque, on n'avait remarqué de symptômes anormaux, et rien n'a pu faire prévoir le début de la maladie. Depuis leur apparition, les attaques ont persisté, tout en augmentant de fréquence : c'est ainsi que de mensuelles, elles sont devenues bi-mensuelles, puis hebdomadaires, dans les premiers mois de 1911, elles surviennent plusieurs fois par semaine, voire quotidiennement : le

paroxysme convulsif se produit d'après un type assez régulier. La malade « ne sent pas venir sa crise » ; elle tombe ordinairement contre terre, crie, se débat. Durée moyenne : quinze minutes. B... n'urine pas au cours de l'accès, mais a quelquefois des incontinences nocturnes.

Dans l'intervalle des attaques, la malade est très émotive. Rire et pleurer spasmodiques ; amnésies temporaires. En tout temps, elle prétend que « ça la serre dans le ventre ». Les règles sont apparues à l'âge de dix-huit ans ; elles sont très peu abondantes, très irrégulières. La malade reste parfois deux, trois et même six mois sans menstrues.

Huit jours avant l'admission à l'asile, B... est prise brusquement d'une agitation extrême : cris continuels, désordre dans les actes, logorrhée, illusions de fausse reconnaissance. Ces phénomènes s'amendent rapidement après trois jours, et elle entre à Navarre.

Depuis son arrivée, elle a eu une moyenne de deux attaques par semaine. En outre, voici huit mois que les règles ont cessé, et la malade ressent de très fréquents vertiges. Quant aux accès épileptiques, ils sont typiques et très violents : une période de confusion durant toute une journée leur succède. B... a une bonne mémoire et s'oriente parfaitement.

Examen somatique. — Bonne constitution. Réflectivités pupillaire et rotulienne normales. Sensibilité générale conservée. Pouls bien frappé (80 pulsations à la minute).

Rien au cœur ni au poumon.

Antécédents héréditaires. — Père, soixante ans, arthritique. Est extrêmement coléreux et a des habitudes

d'intempérance. Présente du tremblement d'origine alcoolique.

Exophtalmie. — Le corps hyroïde paraît un peu volumineux.

Sensibilité cutanée au tact et à la douleur conservée. Instabilité des paupières. Réflectivité de la pupille à la lumière est normale.

Pas de rétrécissements du champ visuel.

Sensibilité cornéenne un peu émoussée.

Habituellement, pas de troubles dans le sommeil.

Pouls régulier et très frappé (96 pulsations à la minute).

Les bruits du cœur sont sourds à la base.

Auscultation des poumons normale.

Observations des femmes qui ont plus de crises pendant leurs règles

OBSERVATION V (Personnelle)

Clémence E..., trente ans, est entrée à l'asile le 12 février 1898. Son père était alcoolique ; il est mort tuberculeux à quarante-cinq ans. Sa mère est morte aussi de tuberculose pulmonaire : 2 sœurs et 1 frère tous 3 morts de tuberculose pulmonaire. Clémence E... est petite, chétive, anémique ; à l'auscultation des poumons on trouve, au sommet droit, une inspiration très rude et une expiration prolongée ; la malade tousse tous les matins. Elle est d'intelligence assez ouverte, sait lire, écrire et compter et s'occupe à la couture. Elle a eu sa

première attaque d'épilepsie à l'âge de douze ans et l'attribue à une frayeur. De douze à quinze ans, elle a trois ou quatre attaques par an. A quinze ans elle a ses règles pour la première fois ; à partir de ce moment, tous les mois, quand viennent ses règles, la malade a 1 à 3 crises, le plus souvent une crise avant l'apparition de l'hémorragie et les 2 autres aussitôt après son arrêt. La malade n'a jamais eu d'attaques en dehors de la période menstruelle. Ses accès sont toujours nocturnes ; elle ne les sent pas venir, jette un cri, perd connaissance et est agitée de mouvements cloniques très violents ; toujours émission inconsciente d'urine ; l'amnésie qui suit est toujours complète. Pendant tout le temps qu'elle a ses règles, Clémence E.... se montre irritable, très susceptible, indisciplinée et grossière en paroles ; elle est souvent violente après ses attaques et a mordu plusieurs fois ses compagnes.

Chez cette malade, la réflectivité rotulienne est très exagérée, la réflectivité pupillaire est normale. La sensibilité cornéenne et la sensibilité générale sont intactes.

OBSERVATION VI (Personnelle)

Blanche H..., femme J..., vingt-neuf ans, entre à l'asile le 29 novembre 1905. Hérédité : la mère de la malade fait des accès alcooliques. Rien à signaler dans ses antécédents personnels ; Blanche H... n'a pas d'enfant, elle ne présente pas de signes de dégénérescence ; elle est d'esprit assez ouvert, sait lire, écrire et compter, c'est une femme de taille moyenne bien constituée ; elle présente à

la cuisse droite une cicatrice très étendue résultant d'une brûlure qu'elle s'est faite pendant une attaque en laissant inconsciemment tomber sur elle une casserole remplie d'eau bouillante. Blanche H... a été réglée pour la première fois à l'âge de quatorze ans ; un an après environ, elle commence à avoir des vertiges ; tout d'un coup elle pâlit, ouvre la bouche et présente quelques mouvements de latéralité du maxillaire inférieur ; elle chancelle un peu mais ne tombe pas ; pas d'écume à la bouche, pas de convulsions ; la durée du vertige est de vingt à trente secondes ; pendant les deux ou trois heures qui suivent ces manifestations épileptiques, la malade reste un peu obnubilée ; elle ne se souvient pas d'avoir eu le moindre trouble ; elle a ainsi 8 à 12 vertiges par mois au cours de ses règles et très rarement dans leur intervalle. A l'âge de vingt et un ans, Blanche H... se marie ; les vertiges à partir de cette époque, se transforment en véritables crises avec cri initial, chute brusque, convulsions toniques et cloniques, émission involontaire d'urine ; ces accès se montrent toujours pendant le cours des menstrues ; elle a habituellement 1 ou 2 crises trois jours avant leur apparition, 1 ou 2 autres crises deux jours après qu'elles ont cessé ; en mars 1912, Blanche H... a eu du retard, et elle n'a eu qu'une crise occasionnée ,dit-elle, par une contrariété.

Les réflexes rotuliens de cette malade sont normaux : ses réflexes pupillaires aussi ; sa sensibilité cornéenne est intacte ainsi que sa sensibilité générale.

OBSERVATION VII (Personnelle)

Marie-Louise P..., trente et un ans, entre à l'asile le 26 septembre 1896.

Antécédents héréditaires. — La grand'mère maternelle de cette malade était très faible d'esprit, elle eut un premier enfant naturel qu'elle noya dans un fossé et subit pour ce fait une condamnation à un an de prison. La mère est une enfant naturelle ; elle est idiote et vit de mendicité, car elle est incapable de gagner sa vie. Son père est inconnu, car Marie-Louise P..., comme sa mère, est une enfant naturelle. Cette malade est idiote de naissance, elle ne connaît pas les objets les plus usuels, ne sait pas combien elle a de doigts. Physiquement, elle est de constitution robuste ; elle présente de nombreux stigmates de dégénérescence, strabisme convergent, voûte palatine ogivale, lobules des oreilles adhérents. Elle est entrée à l'asile pour imbécillité ; à ce moment, elle n'était pas encore réglée et n'avait pas de crises épileptiques. En 1897, c'est-à-dire à l'âge de seize ans, elle a ses règles pour la première fois ; en mars 1899, elle a sa première crise d'épilepsie pendant la nuit avec cri, perte de connaissance, convulsions toniques et cloniques ; cette crise a lieu pendant le flux menstruel ; à partir de ce jour, elle a une moyenne de 3 à 5 crises par mois, le plus souvent la nuit, toujours pendant ses règles ou pendant les trois jours qui les précèdent. A la suite de ses crises, elle se montre loquace, taquine, grossière. Chez cette malade, les réflexes rotuliens et pupillaires sont normaux ; la sensibilité générale est très obtuse, la sensibilité cornéenne conservée.

OBSERVATION VIII (Personnelle)

Germaine D... est âgée de vingt ans. Elle est entrée à l'asile le 7 janvier 1912. Son père est un alcoolique invétéré qui passe son temps à boire de l'eau-de-vie, sa mère est bien portante : ses 4 frères et sa sœur tous plus jeunes qu'elle, sont en assez bonne santé. Germaine D... n'a pas eu de maladies antérieures autre que son affection épileptique ; elle est de constitution assez robuste ; elle présente des stigmates physiques de dégénérescence ; ogive palatine, asymétrie faciale, dents crénelées et malformées ; au point de vue mental elle fait preuve d'une infériorité marquée de l'intelligence, du jugement et de la mémoire ; ses notions sont très restreintes et ses réponses puériles ; elle ne sait ni lire ni écrire. Cette malade a eu sa première crise d'épilepsie à l'âge de onze ans ; et, naturellement, cette crise est attribuée à une frayeur; quelques mois plus tard apparaissent ses premières règles ; depuis lors, elle est régulièrement réglée ; elle à 1 ou 2 crises par semaine ; ces crises deviennent beaucoup plus fortes et plus longues pendant les périodes menstruelles ; de plus, pendant toute la durée du flux cataménial, elle a des vertiges nocturnes et diurnes qui cessent avec l'hémorragie. Les crises débutent toujours par un cri ; aussitôt après, la malade tombe le plus souvent sur la face, elle écume, puis viennent la phase tonique et les convulsions cloniques suivies d'une phase de torpeur et d'un lourd sommeil. Depuis son entrée la malade a eu 5 crises en janvier, 7 en février, 9 en mars, dont 3 pendant ses règles,

6 en avril et 6 en mai. Elle est tranquille et de caractère très facile, même avant et après ses crises.

Réflexes rotuliens très exagérés. Réflexes pupillaires normaux. Sensibilité cornéenne et sensibilité générale légèrement diminuées.

OBSERVATION IX (Personnelle)

Pauline L..., femme S..., quarante-cinq ans, est entrée à l'asile le 27 octobre 1902, transférée de Villejuif. On n'a aucun renseignement sur son hérédité ni sur elle-même, et elle est incapable d'en donner ; c'est une débile ; elle répond à peine aux questions qu'on lui pose ; il faut la diriger dans tous ses actes ; elle n'a plus aucune mémoire, ne sait plus son âge et n'a plus aucune notion du cours du temps. Elle présente des stigmates physiques de dégénérescence : asymétrie faciale, lobules des oreilles adhérents, voûte palatine ogivale. Pauline F... n'a pas eu d'enfants.

La date de ses premières règles est inconnue ; sans raison apparente, à l'âge de seize ans, elle a sa première crise d'épilepsie ; à partir de ce moment elle tombe seize à vingt-deux fois en moyenne par mois : elle sent venir ses crises et cherche à se retenir aux gens et aux objets qui l'entourent ; elle pousse un cri et tombe ; aussitôt les convulsions toniques apparaissent suivies de la phase clonique ; la malade se mord souvent la langue et celle-ci porte de nombreuses cicatrices de morsures anciennes ; l'amnésie qui suit les crises est complète.

Les attaques ne sont pas plus nombreuses au moment

des règles, mais plus violentes, elles durent plus longtemps et sont suivies d'une obnubilation beaucoup plus profonde et plus lente à disparaître. Les règles viennent régulièrement chaque mois et durent de trois à cinq jours.

Réflexes : patellaires vifs; réflexes pupillaires normaux. Sensibilité à la chaleur presque complètement abolie légèrement diminuée au tact et à la douleur. Sensibilité cornéenne conservée.

OBSERVATION X (Personnelle)

Albertine M..., vingt-cinq ans, entre à l'asile le 25 août 1909. On n'a aucun renseignement sur son hérédité ; son certificat d'entrée porte le diagnostic d'idiotie congénitale avec épilepsie.

Son intelligence est en effet très rudimentaire ; elle répond aux questions qu'on lui pose par monosyllabes, elle ignore son âge, la date de sa naissance, le lieu où elle se trouve, on est obligé de la faire manger et de l'habiller. Elle présente de nombreux stigmates physiques de dégénérescence : oreilles plates, écartées, aux lobules adhérents, dents crénelées et mal implantées, strabisme convergent, tic des paupières. On ignore quand elle a été réglée pour la première fois et à quand remonte sa première crise d'épilepsie. Depuis qu'elle est à l'asile, Albertine M... est régulièrement et abondamment réglée pendant huit jours chaque mois; c'est pendant le flux menstruel ou aussitôt après son arrêt qu'elle a ses crises ; elles sont ordinairement au nombre de 6 à 9, et sont presque toujours diurnes ; elles se présentent avec le caractère classique:

aura, cri, perte de connaissance, phases tonique et clonique, amnésie consécutive. La malade tombe très rarement en dehors de ses périodes menstruelles. Après ses crises elle se montre parfois très violente, s'agite, se précipite sur le personnel ou sur ses compagnes, déchire ses vêtements et sa literie. Chez cette malade, nous avons trouvé les réflexes rotuliens très exagérés, les réflexes pupillaires normaux, la sensibilité cutanée normale et la sensibilité cornéenne légèrement diminuée.

OBSERVATION XI (Personnelle)

Marie I..., femme R..., est âgée de quarante-trois ans. Elle est entrée à l'asile le 30 mai 1900.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort par rupture d'un anévrisme de l'aorte. Sa mère, rhumatisante et infirme, est hospitalisée depuis dix ans dans un hospice de vieillards. Une sœur de sa mère a depuis l'âge de dix-neuf ans des crises d'épilepsie.

Antécédents personnels. — Marie I... *a eu des convulsions à l'âge de cinq ans ;* elle a été maladive pendant sa jeunesse et a eu la fièvre typhoïde à treize ans. Elle présente de nombreux stigmates physiques de dégénérescence ; ogive palatine, oreilles mal implantées, asymétrie faciale. Au point de vue mental, c'est une débile ; elle sait cependant lire et écrire.

Cette malade a été réglée pour la première fois à l'âge de treize ans ; elle a eu sa première crise d'épilepsie cinq ans après, à l'âge de dix-huit ans, et l'attribue à une frayeur éprouvée pendant ses règles.

Depuis cette date, elle a eu tous les mois 3 à 5 attaques ne se produisant que la nuit et jamais en dehors des règles ; à leur suite, la malade a des hallucinations de la vue : elle voit les personnes en double avec deux têtes, quatre bras, quatre jambes. Quand elle est dans sa période d'attaques, elledevient insupportable, irascible, s'agite, parle et gesticule, déchire ses vêtements et cherche à briser les objets qui lui tombent sous la main. Elle est très régulièrement réglée et pendant cinq ou six jours en moyenne. Chez cette malade, les réflexes rotuliens et pupillaires sont normaux; la sensibilité cornéenne est très diminuée et la sensibilité générale normale.

OBSERVATION XII (Personnelle)

Georgette P..., femme M..., trente-deux ans, entre à l'asile le 16 juin 1905. Le père et la mère de cette malade sont tous deux alcooliques, un de ses frères est mort à l'asile où il était soigné pour épilepsie, les deux autres sont bien portants. Georgette P... a eu une jeunesse normale et saine. Elle a été pendant deux ans à l'école et sait lire et écrire un peu ; au point de vue mental c'est une débile. La date de ses premières règles est inconnue. Georgette P... a eu sa première attaque d'épilepsie à l'âge de seize ans, à la suite d'une peur, d'après ses dires.

Depuis cette époque, elle a régulièrement 90 à 100 attaques par an avec un minimum de 4 et un maximum de 10 par mois ; la malade tombe le plus souvent aussitôt avant l'apparition des règles, dans les deux jours qui pré-

cèdent le flux cataménial ; ses crises se produisent alors par série ; et souvent elle n'en a plus après ; elle tombe presque toujours brutalement sur la face et sa figure est déformée par les cicatrices. Après ses crises, elle se montre souvent très irritable et se livre à des actes de violence ; mais d'autres fois au contraire elle présente des phénomènes catatoniques, elle reste immobile pendant des heures entières, tête baissée à la même place, sans parler, sans vouloir répondre aux questions qui lui sont posées.

Chez cette malade nous avons trouvé les réflexes rotuliens très exagérés, les réflexes pupillaires normaux ; la sensibilité cornéenne est légèrement diminuée, la sensibilité générale est normale.

OBSERVATION XIII (Personnelle)

Léontine C... est âgée de quarante ans. Cette malade transférée de l'asile de Bailleul où elle était depuis plusieurs années, nous est arrivée sans aucun renseignement sur son hérédité ou sur sa personne ; car elle est trop faible d'esprit pour pouvoir nous en donner elle-même. Elle présente de nombreux stigmates physiques de dégénérescence : asymétrie faciale, voûte palatine ogivale, dents mal formées et mal implantées. La date de ses premières règles est inconnue.

Depuis son entrée à l'asile, Léontine C... est régulièrement réglée tous les mois pendant cinq à six jours ; elle a en moyenne 10 à 15 attaques par mois, dont 7 à 8 pendant le flux menstruel ou dans les trois jours qui suivent. Avant

ses accès elle est très agitée, se montre impulsive, déchire ses vêtements, se déshabille et frappe ses compagnes avec tous les objets qui lui tombent sous la main, on est même parfois obligé de lui mettre la camisole. Après ses accès elle reste plusieurs jours sans parler et sans bouger dans un coin, mangeant à peine, complètement obnubilée. Elle n'a pas de vertiges.

Ses crises ont lieu presque toujours pendant le jour ; la malade ne les sent pas venir ; elle tombe où elle se trouve et presque toujours sur la face : puis perte de connaissance, convulsions toniques et cloniques, stertor et très souvent émission involontaire d'urine. Rien à signaler au point de vue de la réflectivité rotulienne ou pupillaire, la sensibilité générale et la sensibilité cornéenne sont très obtuses.

OBSERVATION XIV (Personnelle)

Blanche L..., vingt-trois ans, entrée à l'asile le 17 octobre 1900. La mère de cette malade est morte d'un cancer utérin.

Le père est inconnu ; Blanche L... est une enfant naturelle ; elle est petite et rachitique ; elle présente de nombreuses stigmates physiques de dégénérescence : strabisme convergent, voûte palatine très ogivale, prognatisme du maxillaire supérieur, oreilles mal implantées. La main gauche de cette malade est réduite à un moignon qui ne comprend plus que le métacarpe ; la main droite présente une cicatrice de brûlures qui réunit la partie inférieure de l'index et du médium et s'irradie vers l'annulaire. Au

point de vue intellectuel, c'est une débile sans aucune instruction et qui n'a que des notions très restreintes. Blanche B... a des crises d'épilepsie depuis l'âge de neuf ans ; elle sent venir les attaques et avant de tomber elle se cramponne aux meubles qui sont à sa portée ou aux personnes qui l'entourent, sa face pâlit, ses bras et ses jambes son agités de mouvements convulsifs. Pas d'écume aux lèvres, pas d'émission d'urine ; l'amnésie consécutive aux crises est complète. La malade est réglée pour la première fois à l'âge de seize ans ; jusqu'à cet âge elle avait en moyenne 18 à 25 crises par mois ; après sa formation, le nombre des attaques reste sensiblement le même, mais leur intensité augmente au moment des règles et des vertiges nombreux, surtout nocturnes, viennent s'y ajouter.

En février 1907, Blanche L... a été en état de mal pendant cinq jours ; durant ce laps de temps elle a eu 72 attaques ; dans le cours de ce mois la malade n'a pas eu ses règles ; depuis elle est réglée régulièrement et pendant huit jours environ.

Réflexes rotuliens vifs. Réflexes pupillaires normaux. Sensibilité cornéenne normale. Sensibilité générale très obtuse.

OBSERVATION XV (Personnelle)

Marie-Augustine B..., quarante-six ans, est entrée à l'asile le 30 avril 1882. On n'a aucun renseignement sur son hérédité ; ses parents sont morts et elle n'a ni frère ni sœur. B... n'a aucune instruction quoique ayant été pendant plusieurs années à l'école ; c'est une imbécile, elle ne sait pas son âge et ignore où elle se trouve.

Elle présente des stigmates de dégénérescence: strabisme convergent et voûte palatine ogivale. On ignore à quelle date remonte ses premières règles. Depuis son entrée à l'asile, B... a régulièrement 2 attaques au minimum et 4 au maximum chaque mois ; ces attaques se produisent toujours dans les deux ou trois jours qui suivent, mais jamais pendant l'écoulement menstruel ; les attaques sont typiques : perte de connaissance, convulsions, écume à la bouche, stertor ; elles sont suivies d'une phase de dépression qui dure quelques heures. B... est régulièrement et abondamment réglée : le flux cataménial chez elle dure environ huit à dix jours.

Elle se montre parfois agitée pendant ce laps de temps, mais pas après ses attaques. Chez cette malade, les réflexes rotuliens et pupillaires normaux, la sensibilité cornéenne est abolie et la sensibilité générale très obtuse.

OBSERVATION XVI (Personnelle)

Cécile R..., trente-quatre ans, entrée à l'asile le 6 février 1909.

Nous n'avons aucun renseignement sur son hérédité.

Rien à signaler dans ses antécédents personnels ; il est impossible de savoir quand elle a été réglée pour la première fois. R... qui est d'une intelligence très faible sait cependant lire et écrire. Elle a des crises d'épilepsie depuis l'âge de douze ans ; elle porte sur la figure une vaste cicatrice d'une brûlure qu'elle s'est faite en tombant sur un fourneau pendant une de ses crises ; celles-ci sont très violentes, particulièrement au moment de ses époques ; elles

sont alors aussi beaucoup plus nombreuses ; pendant toute la durée du flux menstruel, qui chez elle dure six jours en moyenne, les attaques sont chaque jour de 6 au moins et de 10 au plus ; dans l'intervalle les accès sont rares, 2 ou 3 au maximum ; ils s'accompagnent de perte de connaissance, d'émission involontaire d'urine, et sont le plus souvent suivis d'une période d'agitation pendant laquelle la malade crie, gesticule et cherche à se déshabiller. R... a aussi au moment de ses règles des vertiges nombreux, le plus souvent nocturnes. Elle est très régulièrement réglée. Elle ne présente pas de stigmates bien nets de dégénérescence. Sa réflectivité rotulienne est vive, la réflectivité pupillaire normale. La sensibilité cornéenne est intacte : la sensibilité générale est très obtuse.

OBSERVATION XVII (Personnelle)

Antoinette S.... trente-deux ans, a été transférée de l'asile de Villejuif le 29 septembre 1902. Peu de renseignements sur son hérédité : son père et sa mère sont morts de maladie inconnue, un frère bien portant accomplit actuellement son service militaire. Rien de spécial dans les antécédents d'Antoinette S... : pas de signes nets de dégénérescence ; nombreuses cicatrices sur la face provenant des blessures faites au cours des crises. La malade a été réglée pour la première fois à l'âge de seize ans ; elle avait eu sa première crise deux années auparavant. Depuis son entrée à l'asile, la malade a en moyenne 7 à 9 crises par mois ; les attaques sont beaucoup plus fréquentes

et plus fortes au moment de l'écoulement menstruel. Pendant cette période, elle se montre d'une émotivité exagérée, pleure pour un rien : après les crises elle est parfois violente, s'agite, se déshabille et cherche à frapper ses compagnes. Les accès ont toujours lieu le jour ; la nuit, elle a parfois quelques vertiges au moment de ses règles mais ils durent peu et sont rares ; par deux fois, 6 juillet 1907 et décembre 1908, elle a présenté à la suite d'attaques particulièrement violentes des phénomènes de confusion mentale avec désorientation complète et perte de toute activité, et pendant deux jours la première fois et trois jours la deuxième, il a fallu la faire manger, l'habiller et la coucher. Elle est réglée très régulièrement mais peu, pendant deux jours seulement. Chez elle, les réflexes pupillaires sont normaux ainsi que les réflexes rotuliens. La sensibilité cornéenne est très diminuée et la sensibilité générale très obtuse.

OBSERVATION XVIII (Personnelle)

Marthe M..., âgée de trente-huit ans, entrée à l'asile le 8 janvier 1894. Sa mère est morte de tuberculose pulmonaire ; son père buvait beaucoup d'alcool, il est mort à cinquante ans d'une congestion cérébrale ; un oncle paternel est dans cet asile. La mère de la malade aurait eu une vive frayeur alors qu'elle était enceinte de cette jeune fille ; elle fit de plus, vers la fin de cette même grossesse, une chute qui provoqua l'accouchement un mois avant terme.

La malade fut chétive pendant toute sa jeunesse, elle

n'a marché qu'à trois ans ; à cet âge commencent les premières attaques, peu violentes et de courte durée jusqu'à l'âge de quatorze ans. A cette époque les règles s'établissent ; les crises deviennent beaucoup plus fréquentes, surtout pendant le flux cataménial : la malade dit en avoir eu jusqu'à 16,18 en vingt-quatre heures. Au moment de ses menstrues à vingt ans elle a des crises tellement nombreuses et violentes qu'on est obligé de l'interner. Sous l'influence du bromure, les crises diminuent ; en 1896 elle n'en a plus que 4 à 8 par mois en moyenne, presque toute pendant la période menstruelle. En mars 1898, elle sort en congé pour un mois ; pendant ce congé elle a 3 attaques au moment de la cessation de ses règles ; elle revient à l'asile ; les crises diminuent encore de fréquence (2 ou 3 par mois) mais sont remplacées par des vertiges surtout fréquents pendant les époques. Actuellement Marthe M... a plus de vertiges que de crises ; elle est régulièrement réglée. Les réflexes rotuliens sont vifs et les réflexes pupillaires normaux. La sensibilité générale est conservé ainsi que la sensibilité cornéenne. La malade présente une facilité remarquable pour le calcul.

OBSERVATION XIX (Personnelle)

Marie M..., est âgée de quarante-trois ans, elle est internée depuis 1886, elle a d'abord été à Sainte-Anne puis à Bailleul (Nord), elle est entrée à l'asile le 10 mai 1910 ; on a peu de renseignements sur son hérédité ; son père, vieil alcoolique est paralysé ; sa mère est morte subitement ; ni frère, ni sœur. Rien de spécial à signaler dans son enfance,

elle sait lire et écrire, mais mal ; au point de vue mental, c'est une débile. Pas de stigmates de dégénérescence. Les réflexes pupillaires sont normaux. le réflexe rotulien est vif à droite, normal à gauche, la sensibilité cornéenne est normale, la sensibilité cutanée légèrement diminuée. La malade a été réglée pour la première fois à l'âge de treize ans ; quelques jours après la disparition de ce premier flux menstruel, elle a eu sa première attaque d'épilepsie. Depuis, elle voit régulièrement tous les mois. Elle tombe en moyenne 6 à 8 fois par mois, le plus souvent la nuit ; les crises se montrent avec plus de fréquence un peu avant la période menstruelle et sur le déclin du flux ; elle a aussi pendant cette période de nombreux vertiges : ces vertiges cessent complètement en dehors des époques. Depuis deux ans. les crises sont moins nombreuses ; 2 ou 3 par mois seulement, toujours pendant la période menstruelle ; celle-ci dure moins longtemps depuis ces deux dernières années.

A la suite de ses attaques, la malade se montre irritable et souvent violente.

OBSERVATION XX (Personnelle)

Pauline L .., trente-huit ans ; transférée de Villejuif, elle entre à l'asile le 25 avril 1898. Peu de renseignements sur l'hérédité : son père et sa mère sont morts, mais il est impossible de savoir comment ; 2 frères et 2 sœurs bien portants.

La date de la première apparition des règles chez cette malade est inconnue, inconnue également la date de la

première crise comitiale. Depuis son arrivée à l'asile, L... est réglée régulièrement et l'écoulement menstruel dure une huitaine de jours en moyenne. De 1898 à 1909, cette malade a une moyenne de 7 à 11 attaques épileptiques par mois, presque toutes diurnes, et au moment de ses époques. L... ne sent pas venir la crise ; elle tombe où elle se trouve, le plus souvent sur la face, et se blesse parfois grièvement ; la phase de convulsions est généralement longue, une demi-heure au moins, surtout pendant la période menstruelle ; chez cette malade les crises sont toujours précédées d'une période d'agitation, durant laquelle L... se montre parfois violente et cherche à frapper ses compagnes. Vers février 1909, le nombre des attaques augmente sans raison apparente ; 152 crises en dix mois. En 1910, 265 attaques se montrent, surtout au moment des règles, car la malade continue à être bien réglée. Sous l'influence de cette fréquence l'intelligence de L... s'obnubile de plus en plus ; elle devient incapable de répondre aux questions qu'on lui pose ; elle s'occupe à des futilités ; elle est désorientée, indifférente, amnésique ; en 1911 et en 1912 les attaques continuent avec la même fréquence. Les réflexes rotuliens sont très vifs, les réflexes pupillaires normaux ; la sensibilité cornéenne est abolie, la sensibilité générale très diminuée.

OBSERVATION XXI (Personnelle)

Louise D..., femme M..., cinquante-six ans, entre à l'asile le 24 septembre 1904. Son père était épileptique, sa mère est morte d'accident.

Elle s'est mariée en 1894, mais avant son mariage,

elle avait eu une fille qui a été mise à l'assistance publique, puis quatre garçons, dont trois à la même grossesse, qui n'ont pas vécu. Elle sait lire et écrire ; elle ne présente pas de stigmates de dégénérescence. Elle a eu sa première attaque d'épilepsie à l'âge de quinze ans, deux mois environ après l'apparition de ses premières règles. Les crises surviennent depuis lors par séries, tous les mois, pendant les derniers jours des règles ou aussitôt après l'arrêt de l'écoulement sanguin ; elles sont caractérisées par une chute brusque à terre, sans aura, ni cri, perte de connaissance, convulsions, morsure de la langue, émission d'urine ; la malade présente à la suite du spasme laryngé qui se prolonge pendant cinq à dix minutes. Elle a en moyenne 40 à 48 attaques par an avec un minimum de 2 et un maximum de 7 par mois. Depuis deux ans cependant les attaques diminuent d'intensité et font place à de simples vertiges ; D... continue à être réglée régulièrement, mais moins abondamment qu'autrefois. Les réflexes rotuliens sont vifs, les réflexes pupillaires normaux. La sensibilité cornéenne et la sensibiliié générale sont très diminuées.

OBSERVATION XXII (Personnelle)

Marie C..., trente-six ans, a d'abord été internée à Villejuif d'où elle a été transférée à l'asile le 25 avril 1898. Sa mère est morte en couches ; son père est mort à cinquante-trois ans de bacillose ; il était alcoolique.

Marie C... est petite, chétive, rachitique ; elle présente des stigmates physiques de dégénérescence : voûte ogi-

vale, dents crénelées ; elle est suspecte de bacillose. Au point de vue mental, c'est une débile, elle ne sait ni lire ni écrire, ne connaît pas la valeur différentielle des pièces de monnaie, ignore le nombre des jours et des mois. Ses réflexes rotuliens sont vifs, ses réflexes pupillaires normaux. Sa sensibilité cornéenne est conservée et sa sensibilité générale très obtuse. La malade a été réglée à l'âge de quatorze ans ; elle a eu sa première attaque à l'âge de dix-huit ans « à la suite d'une frayeur causée par un chien qui s'était précipité sur elle pour la mordre ». Elle est très régulièrement réglée ; jusqu'en mai 1909, tous les mois, elle avait des attaques dans les deux ou trois jours qui suivaient la cessation du flux menstruel ; ces attaques étaient au nombre de 4 au maximum et de 1 au minimum ; depuis avril 1909, quoique continuant à être bien réglée, elle n'a pas eu d'attaques ; mais celles-ci sont remplacées par des vertiges nombreux qui laissent la malade dans une obnubilation profonde.

OBSERVATION XXIII (Personnelle)

Joséphine C..., vingt-sept ans, entrée à l'asile le 14 octobre 1908. Son père et son grand-père paternels sont des alcooliques, qui absorbent journellement de grandes quantités d'alcool ; sa mère aussi est alcoolique.

La malade présente des stigmates de dégénérescence, oreilles en pointes, voûte palatine ogivale, prognatisme du maxillaire supérieur ; elle ne sait ni lire ni écrire ; son intelligence est très bornée. Elle aurait eu sa première attaque d'épilepsie à l'âge de cinq ans ; à partir de

ce moment, elle a, à intervalles irréguliers, tous les deux ou trois mois, une crise comitiale ; à quatorze ans, la menstruation s'établit ; alors les crises deviennent beaucoup plus nombreuses ; elle en a de 8 à 22 par mois ; elles se produisent en série au moment des menstrues,et sont à cette période remarquables par leur intensité ; ces crises sont presque toujours diurnes, la malade pousse un cri et tombe aussitôt, l'écume à la bouche ; le plus souvent miction involontaire ; l'obnubilation consécutive à l'attaque est de longue durée : l'attaque, y compris ses diverses phases,a une durée de trois quarts d'heure environ. Joséphine C... présente quelques signes d'induration au sommet droit. Les réflexes rotuliens chez cette malade sont très vifs, les réflexes pupillaires normaux. La sensibilité cornéenne est diminuée, la sensibilité générale normale.

OBSERVATION XXIV (Personnelle)

Géorgina P..., dix-huit ans, entre à l'asile le 25 décembre 1910.

On ignore tout de son hérédité ; Géorgina P... est une enfant trouvée élevée par l'assistance publique. Rien à signaler dans ses antécédents personnels; elle n'a pas fait de maladie grave et n'a jamais eu de convulsions ; elle est d'esprit ouvert, sait lire, écrire et compter convenablement ; physiquement, elle est grande, robuste et bien constituée, et ne présente pas de stigmates de dégénérescence.

Cette malade a été réglée pour la première fois à l'âge de onze ans.

Huit mois plus tard, elle a sa première crise comitiale, mais pas au moment des menstrues. Depuis cette époque les crises viennent irrégulièrement, sans concordance avec la période menstruelle ; elles sont peu nombreuses et durent peu de temps ; en 1911, elle a 30 crises avec un maximum de 3 crises en juin : d'avril à septembre de la même année elle n'a pas une seule crise ; elle a même quitté l'asile et est restée dehors jusqu'en décembre 1911. En dehors de ses crises la malade présente des phénomènes vertigineux, qui apparaissent presque exclusivement pendant les périodes menstruelles : Géorgina P... interrompt brusquement ce qu'elle est en train de faire, vacille et quelquefois même perd l'équilibre ; quelques secondes, après tout est rentré dans l'ordre et la malade ne se souvient pas de ce qu'elle vient d'éprouver. Après ses crises et ses vertiges, la malade se montre triste et a souvent des crises de larmes. Les réflexes patellaires et pupillaires sont normaux. Sa sensibilité générale est légèrement abolie, sa sensibilité cornéenne conservée.

Observations des femmes dont les crises tendent à disparaître ou à s'atténuer au moment des époques.

OBSERVATION XXV (Personnelle)

Constance L..., est âgée de trente ans. Elle est entrée à l'asile le 10 octobre 1892. Cette malade a une hérédité très chargée : son grand-père maternel et son père étaient épileptiques, sa mère est en traitement dans le même asile qu'elle pour psychose maniaque dépressive, elle a 4 sœurs de onze, six et trois ans qui sont bien portantes.

L... a eu une enfance maladive, elle n'a marché qu'à l'âge de sept ans ; au point de vue mental c'est une débile ; elle présente des signes de dégénérescence ; asymétrie faciale, dents crénelées et mal implantées. Elle a des crises d'épilepsie depuis l'âge de cinq ans : cri, chute à terre, convulsions stertor, quelquefois, mais rarement, émission d'urine ; ces attaques sont peu nombreuses (1 par mois, 3 au plus) ; quelquefois il se passe un mois sans qu'elle en ait une seule. En 1899, au mois de juin, c'est-à-dire à l'âge de seize ans, elle a ses règles pour la première fois. A partir de ce moment, elle cesse d'avoir des attaques ; elle est réglée très régulièrement tous les mois ; quelques petits vertiges au moment des menstrues, mais très légers ; la malade ne perd pas connaissance et ne tombe pas ; ces vertiges ne laissent après eux ni obnubilation intellectuelle, ni excitation.

État des réflexes : rotuliens vifs, pupillaires normaux, sensibilité cornéenne abolie, sensibilité générale légèrement diminuée.

OBSERVATION XXVI (Personnelle)

Louise F..., vingt-six ans, entre à l'asile le 17 mai 1902. Son grand-père maternel était alcoolique ; il est mort de tuberculose pulmonaire ; son père aussi est alcoolique. Sa mère est bien portante, elle a un frère de vingt et un ans bien portant.

A l'âge de deux ans, Louise F... aurait eu une méningite à la suite de laquelle elle est restée toujours faible d'esprit ; elle sait cependant lire et écrire, mais mal. Elle a eu sa première attaque d'épilepsie à l'âge de de neuf ans ; depuis son entrée à l'asile, elle a eu en moyenne 9 à 12 attaques par mois. En 1910 la malade n'est pas encore réglée.

En avril 1911, elle a un état de mal qui dure quatre jours ; deux mois après, en juin 1911, à l'âge de vingt-cinq ans, ses règles apparaissent pour la première fois. A partir de cette époque, les crises diminuent de fréquence et d'intensité, elle n'en a plus que 7 à 9 par mois et en dehors de ses menstrues.

Son état général semble meilleur depuis l'apparition du flux menstruel ; elle est moins apathique, semble s'intéresser davantage à tout ce qui l'entoure. Elle est régulièrement réglée tous les mois pendant quatre à cinq jours.

Réflexes rotuliens normaux ; pupillaires normaux. Sensibilité cornéenne conservée ; sensibilité générale légèrement diminuée.

Observations des femmes dont les crises ont disparu ou ont été améliorées par la ménopause.

OBERVATION XXVII (Personnelle.)

Marie S..., cinquante-six ans, est entrée à l'asile le 19 août 1879.

On n'a aucun renseignement sur son hérédité. Cette malade est idiote et épileptique; sa figure est asymétrique, irrégulière, sa mâchoire inférieure est proéminente ; son crâne est mal conformé ; sa voûte palatine est très ogivale, sa physionomie est dépourvue d'expression, hébétée; elle est affectée en outre d'une paralysie infantile du côté gauche ; elle rit presque toujours d'un air niais et ne peut prononcer que quelques mots ; à son arrivée à l'asile à l'âge de treize ans, elle était déjà réglée mais depuis peu de temps ; il est impossible de savoir si sa première attaque a coïncidé avec ses premières règles ; à cette époque elle avait 3 à 5 attaques chaque mois, et toujours pendant la période menstruelle, c'est-à-dire pendant le flux cataménial, les deux jours qui le précèdent et les deux jours qui le suivent ;

Jusqu'en 1907 son état reste sensiblement le même ; elle a en moyenne 45 crises par an ; en 1907, les crises diminuent de nombre et de fréquence; quelques-unes semblent être remplacées par des vertiges: les autres restent typiques ; la malade sent venir son attaque et prévient l'infirmière avant de tomber; les convulsions

toniques et cloniques durent peu ; rarement il y a émission d'urine; à chaque attaque, la malade se mord la langue qui est couverte de cicatrices anciennes.

En 1908 la malade n'a plus que 15 attaques, en 1909 elle cesse d'être réglée et elle n'a que 6 attaques ; en 1910, 4 attaques et, en 1911, 5 attaques.

Chez cette malade le réflexe rotulien droit est très exagéré à droite, et aboli à gauche. Les réflexes pupillaires sont normaux. La sensibilité générale et la sensibilité cornéenne sont normales.

OBSERVATION XXVIII (Résumée)

Angélique F..., soixante et un ans. Entrée à l'asile le 16 août 1872. Pas de renseignements sur son hérédité (pupille de l'assistance publique).

La malade a été réglée à treize ans ; elle a commencé à avoir des attaques d'épilepsie à quinze ans.

Depuis le début de la maladie, F... a toujours eu ses crises au moment des règles; les paroxysmes convulsifs étaient toujours extrêmement violents et au nombre de trois, subintrants.

Ménopause en 1902 (à l'âge de cinquante ans). A cette époque, les attaques ont peu à peu disparu, et la malade n'en a plus eu une seule depuis 1904.

L'examen somatique ne révèle rien de spécial.

OBSERVATION XXIX (Personnelle)

Marie G... est âgée de soixante ans; elle est entrée à l'asile le 29 août 1912, sa mère y était morte quelques années auparavant; son père, alcoolique invétéré, s'est noyé; elle a 2 sœurs bien portantes.

Rien de spécial à signaler dans ses antécédents personnels.

Marie G... ne présente pas de stigmates de dégénérescence ; elle est de taille moyenne et bien conformée; elle a eu sa première attaque d'épilepsie à l'âge de cinq ans, elle l'attribue « à la peur d'un cheval qui revenait seul à l'écurie » ; de cinq à quatorze ans elle a environ 3 à 5 attaques par mois ; à quatorze ans ses règles apparaissent ; en même temps les crises augmentent de nombre et d'intensité ; de 5 par mois, leur nombre s'élève à 15 et 18 dont 10 au moins pendant les périodes pré-menstruelles, menstruelles et port-menstruelles; à dix-neuf ans, elle est victime d'un accident de voiture et éprouve une frayeur telle que les crises augmentent encore; jusqu'à ce moment elle n'avait que des attaques diurnes, elle a dès lors des attaques aussi la nuit, et toujours au moment de ses règles; après ses crises, elle se montre très irritable, violente même, et cherche à frapper les autres malades. La malade continue à avoir ainsi des crises diurnes et nocturnes avec exacerbation pendant la période cataméniale, jusqu'à l'âge de quarante-huit ans: à cette époque, la malade arrivée à la ménopause cesse d'être réglée au mois de juin 1900 ; à partir de

ce moment les attaques cessent complètement. Marie G... semble être maintenant d'un caractère plus facile, plus calme ; elle est moins irritable et ne frappe plus ses compagnes. Rien à signaler sur les réflectivités pupillaires et cornéennes ; la sensibilité cornéenne est diminuée ; la sensibilité générale est normale.

OBSERVATION XXX (Personnelle)

Julie S... est âgée de cinquante et un ans, elle est entrée à l'asile de Navarre le 25 avril 1898. Elle avait été auparavant internée à l'asile de Villejuif. Peu de renseignements sur son hérédité : on ignore de quoi sont morts son père et sa mère, elle a un frère de trente ans bien portant.

Julie S... aurait eu des convulsions vers l'âge de trois ans ; elle a été réglée pour la première fois à l'âge de dix-sept ans ; elle a eu sa première crise à l'âge de vingt et un ans et elle l'attribue à la peur qu'elle aurait éprouvé en voyant un cheval emballé.

A partir de cette époque, les crises se montrent peu fréquentes et peu violentes : 2 par mois au minimum et 6 au maximum ; elles ne sont ni plus nombreuses ni plus fortes au moment des règles ; mais pendant toute la durée du flux menstruel la malade a des vertiges qui disparaissent avec lui ; ces vertiges sont suivis d'hébétude pendant une dizaine de minutes. Dans l'année 1908, le nombre des attaques augmente, la malade en a 105 dans l'année avec un minimum de 3 et un maximum de 12 par mois ; après ses crises elle se montre parfois violente et frappe ses voisines. Vers la fin de l'année 1910, la malade

arrive à la ménopause, cesse d'être réglée ; les crises continuent au nombre de 2 à 10 par mois, mais les vertiges ont presque complètement disparu.

Les réflexes rotuliens de cette malade sont très vifs ; ses pupilles réagissent bien à la lumière, mais mal à l'accommodation.

La sensibilité cornéenne est très diminuée et sa sensibilité cutanée normale.

Observations des femmes chez lesquelles les crises n'ont aucun rapport avec les menstrues.

OBSERVATION XXXI (Personnelle)

Delphine D..., femme P..., est âgée de soixante-trois ans ; elle est entrée à l'asile en avril 1875. Rien à signaler dans son hérédité : son père et sa mère sont morts très vieux : elle a eu une sœur qui est morte à douze ans de la fièvre typhoïde. Dans les antécédents de la malade, il n'y a rien non plus à signaler D..., est une petite vieille très alerte mais affaiblie au point de vu. mental ; elle n'a plus aucune mémoire, ne sait plus son âge. Elle a été réglée pour la première fois à l'âge de dix-sept ans ; elle n'a pas une première crise qu'à l'âge de vingt et un an, « en voyant les Prussiens rentrer chez elle ». A partir de cette époque elle a 2 à 5 crises par mois ; ces crises se montrent parfois au moment de ses règles, mais pas régulièrement ; en somme, les menstrues ne semblent avoir aucune influence sur leur apparition et leur fréquence.

Delphine D...est quelquefois un ou deux mois sans avoir de crises quoique étant réglée très régulièrement. Elle cesse d'être réglée à l'âge de cinquante et un ans, vers le mois de mai 1901; elle continue cependant à avoir des attaques aussi nombreuses et aussi fortes qu'auparavant. Ces crises sont le plus souvent nocturnes et suivies d'agitation ; cette agitation est consciente, la malade en garde le souvenir. Réflectivité rotulienne normale à gauche, vive à droite. Les réflexes pupillaires sont normaux.

La sensibilité cornéenne est très diminuée, la sensibilité générale conservée.

OBSERVATION XXXII (Personnelle)

Valentine S..., trente-quatre ans, est entrée à l'asile le 26 février 1900, transférée de l'asile de Saint-Yon. On n'a aucun renseignement sur son hérédité et fort peu sur elle-même. La date de ses premières règles est inconnue. Elle à commencé à avoir des crises d'épilepsie à l'âge de treize ans. Depuis son entree, elle a 110 à 130 attaques par an avec un minimum de 3 et un maximum de 16 par mois ; ces crises ne sont pas influencées par ses menstrues ; elle n'en a pas plus pendant les périodes menstruelles. Elle tombe n'importe où ; elle ne sent pas venir ses crises et ne pousse pas de cri ; après chaque attaque, elle se montre exubérante, rit, chante, crie et parfois se montre méchante et irascible et cherche à frapper les autres malades.

Depuis quelques années, Valentine S... est envahie par l'adipose ; elle a un ventre énorme ; elle a 98 centimètres

de tour de taille, 110 centimètres de tour de poitrine : elle a de l'hypertricose. En dehors de ces crises, elle se montre peu loquace, déprimée, apathique et aboulique ; sa parole est lente et saccadée. Au point de vue mental, c'est une débile ; elle ne sait ni lire, ni écrire, ignore son âge et ne sait pas combien elle a de doigts aux mains. Rien à signaler du côté de ses réflexes qui sont normaux. Sensibilité cornéenne légèrement abolie. La sensibilité générale est normale.

OBSERVATION XXXIII (Personnelle)

Raymonde F..., femme N..., vingt-neuf ans, entre à l'asile le 24 avril 1911. Son père, âgé de soixante-quatre ans, est un vieil alcoolique ; sa mère est morte à soixante ans d'un cancer de l'estomac ; elle a un frère âgé de trente-trois ans et une sœur de trente-huit ans, tous deux bien portants. Rien de particulier à signaler dans les antécédents de la malade ; elle a deux enfants, une fille âgée de six ans et un garçon de dix-sept mois ; tous deux se portent bien.

Raymonde F... est une forte femme, bien constituée ; elle a une instruction suffisante, sait lire, écrire et compter avec facilité et semble d'esprit assez ouvert. Elle a été réglée tard, à dix-sept ans et demi ; et depuis elle a toujours été mal réglée ; elle est quelquefois trois mois sans avoir ses menstrues ; quand elles paraissent, elles sont peu abondantes, mais non douloureuses.

Pendant tout le cours de sa première grossesse, la malade n'a pas eu une seule crise. Pendant sa deuxième

grossesse elle a eu environ une vingtaine d'attaques. Chez cette malade, les crises se montrent d'une façon très irrégulière et n'affectent aucun rapport avec les périodes menstruelles : Raymonde F... est parfois trois mois sans avoir de crises tout en étant bien réglée pendant ces trois mois ; puis elle en aura 3 dans la même semaine. Depuis le début de l'année 1912, elle n'a pas eu de crises ; elle est bien réglée depuis le mois de mars, mais ne l'avait pas été en janvier et février.

Chez cette malade, le réflexe rotulien est vif à droite, normal à gauche ; les réflexes pupillaires sont normaux. La sensibilité générale est obtuse et la sensibilité cornéenne conservée.

OBSERVATION XXXIV (Personnelle)

Joséphine B..., femme B..., est âgée de quarante-deux ans ; elle est entrée à l'asile en décembre 1892.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort d'une maladie de foie à l'âge de soixante-huit ans : il avait des habitudes alcooliques : sa mère est rhumatisante, elle a deux frères qui se portent bien.

Joséphine B... a toujours été faible, chétive et maladive, elle a marché à quatre ans seulement et n'a été réglée qu'à l'âge de dix-neuf ans. Elle a eu deux enfants qui sont tous deux de santé délicate. Elle a eu sa première crise comitiale à l'âge de dix-neuf ans, sept mois après son mariage ; elle était alors enceinte de six mois ; la deuxième crise ne se montre qu'après son accouchement ; en 1890, elle devient enceinte pour la deuxième fois et tombe alors plusieurs fois par mois ; à son

entrée en décembre 1892 elle a une crise ou un vertige presque toutes les nuits ; elle n'est plus réglée ; ses règles ont cessé après son deuxième accouchement et n'ont pas reparu depuis. Dans l'année 1893, l'état de cette malade s'améliore, les vertiges persistent toujours aussi nombreux, mais les crises ont presque disparu (3 dans l'année), Joséphine B... sort en novembre 1893, elle revient en mars 1894 ; pendant sa sortie elle a eu 12 crises ; à sa réintégration les crises sont plus violentes et plus nombreuses 12 à 19 par mois ; elle s'améliore encore, sous l'inflence du traitement bromuré, semble-t-il, et elle sort une seconde fois en avril 1895 ; elle revient seulement en 1909 ; depuis cette dernière entrée, les crises sont plus fréquentes, elle a 20 à 28 attaques par mois, mais courtes et peu violentes ; elle n'est toujours pas réglée.

Réflexes rotuliens normaux. Réflexes pupillaires normaux. Sensibilité générale conservée. Sensibilité cornéenne diminuée.

RÉFLEXIONS

D'après l'étude de nos observations, nous nous croyons autorisé à affirmer qu'il existe un rapport pathogénique très fréquent entre les fonctions menstruelles et la névrose épileptique.

La simple lecture du tableau de la page 10 met en évidence un fait : chez 2 seulement des 34 malades examinées, les phénomènes menstruels et les paroxysmes convulsifs semblent ne pas présenter de rapports réciproques, il y a donc approximativement un pourcentage de 94 o/o femmes épileptiques chez lesquelles la menstruation et l'épilepsie sont intimement liées.

Quel est donc le mécanisme qui intervient dans la production des crises? On sait que la menstruation, même normale, s'accompagne de troubles nutritifs très importants. Toulouse les a incriminés comme causes prédisposantes des psychoses : « Les sédiments uratiques, dit cet auteur, abondent dans les urines, les acides gras affluent aux émonctoires, viciant l'haleine et donnant une odeur anormale aux sécrétions cutanées. La nutrition

est donc ralentie et il en résulte des phénomènes d'auto-intoxication qui peuvent agir comme tous les autres sur certains systèmes nerveux. »

En dehors des troubles nutritifs, il est un groupe de phénomènes morbides qui sont vraisemblablement sous la dépendance du fonctionnement de l'ovaire lui-même. Nous avons déjà indiqué dans notre introduction le rôle, jusqu'ici imparfaitement connu, de la sécrétion interne ovarienne.

Si des troubles surviennent dans cette sécrétion, il est évident qu'il y aura répercussion sur le bon état général de l'organisme.

En serrant la question d'un peu plus près, nous voulons dire en envisageant plus étroitement l'action des sécrétions ovariennes anormales sur les neuro-psychisme de la femme épileptique, nous émettrons l'essai d'explication suivant : lorsqu'une sécrétion interne est troublée, la composition du sang change ; celui-ci peut devenir toxique pour certains éléments vivants et en particulier pour les cellules de l'écorce cérébrale. Or, nous avons dit plus haut, avec Jackson et François Franck, que la crise épileptique est sous la dépendance d'un phénomène cortical ; préciser le genre de l'attaque revient à déterminer le mécanisme intime de ce phénomène cortical.

Dans l'épilepsie jacksonnienne le problème est élucidé d'emblée ; il y a lésion et lésion apparente.

Quelles autres causes peuvent donc produire l'excitation de l'écorce ? Il nous semble qu'un

liquide sanguin toxique ne pourra circuler impunément dans les territoires corticaux sans produire des désordres, que ces désordres se manifestent par des lésions ou seulement par des actes réflexes. Si nous envisageons le problème d'une façon générale, nous pouvons dire avec M. Laignel-Lavastine que « toute insuffisance glandulaire entraînant un certain degré d'intoxication peut chez les individus présentant des points du cortexe particulièrement sensibles se manifester par des crises épileptiques. »

Nombre d'auteurs ont déjà montré les rapports qui existent entre les troubles de la sécrétion thyroïdienne et le syndrome épileptique. Hypothyroïdie et hyperthyroïdie sont des facteurs étiologiques certains de la névrose ; les succès thérapeutiques rapportés par Pioche dans sa thèse en font foi, ainsi que l'observation des 6 épileptiques présentant des signes d'hypothyroïdie, publiée par A. Gordon.

Henri Claude et A. Schmiergeld ont poussé plus avant l'étude pathogénique de l'épilepsie en faisant des recherches sur l'état anatomique des glandes à sécrétions internes chez les sujets atteints de mal comitial ; ils ont fait porter leur étude sur 17 épileptiques du sexe féminin, dont 10 étaient des femmes jeunes de vingt à trente-cinq ans et les 7 autres de vieilles épileptiques à crises rares ; et ils ont trouvé que les ovaires présentaient fréquemment des altérations : « Sans nous arrêter

sur les lésions des vieilles femmes, disent ces auteurs, nous nous bornerons à indiquer que, chez les épileptiques, avant la ménopause, les ovaires sont souvent atrophiés, scléreux ; les follicules de Graaf existent en petit nombre ; on ne note que peu de cicatrices de follicules. Nous n'avons vu que rarement des corps jaunes. Les altérations notées dans les ovaires de nos sujets indiquent donc une insuffisance fonctionnelle des glandes, insuffisance qui doit naturellement avoir sa répercussion sur l'état général et sur le caractère des épileptiques, comme cela s'observe dans tous les cas où les ovaires ne remplissent pas leur rôle. »

A côté de ces données anatomo-pathologiques et des données cliniques, il importe aussi de faire place aux résultats thérapeutiques qui viennent confirmer les rapports existant entre l'ovaire et la psychose épileptique. C'est ainsi que Brennan cite un cas d'épilepsie menstruelle guérie par la transplantation ovarienne. Hugh S. Davidson rapporte 2 cas d'épileptiques dont les accès revenaient avec les périodes menstruelles et qui furent guéris après l'ovariotomie. Toulouse et Marchand ont publié les observations de 5 malades épileptiques traitées par la médication ovarienne, qui eut pour résultat de diminuer un peu le nombre des crises et beaucoup le nombre des vertiges. Enfin nous avons rapporté plus haut le cas de L. Gualino qui parvint à faire disparaître les attaques

d'épilepsie menstruelle chez une jeune fille, en lui faisant prendre des tablettes d'ovaire sec.

Ces quelques exemples semblent tout d'abord parfaitement contradictoires ; ils ne le sont pas en réalité et, comme le dit Laignel-Lavastine, ils s'expliquent très bien si l'on admet que « le syndrome épileptique est le produit de deux facteurs : la lésion, si légère soit-elle, pas toujours visible par nos faibles moyens d'investigation, lésion chronique méningo-corticale, généralement séquelle d'un ancien processus depuis longtemps sclérosé, et l'auto-intoxication variable dans ses causes, mais dont l'effet, à partir d'une certaine dose, se manifeste par la crise. On conçoit donc que toute insuffisance glandulaire entraînant un certain degré d'auto-intoxication puisse, chez les individus présentant des points du cortex particulièrement sensibles, se manifester par des crises épileptiques, comme chez d'autres elle se manifestera par du délire onirique. » En résumé, l'auto-intoxication par trouble de la sécrétion interne de l'ovaire n'est pas la cause du mal comital ; elle est un des facteurs qui augmentent la fréquence et l'intensité des crises chez des sujets prédisposés.

Donc, quelle que soit la cause de l'intoxication, le résultat est le même ; la manifestation ne varie pas : c'est l'attaque. Il reste à déterminer de quelle façon a lieu l'intoxication par troubles de la sécrétion ovarienne. Tout récemment, des auteurs

ont montré que les glandes à sécrétions internes jouent un rôle important dans la défense de l'organisme qui a sans cesse à lutter contre les substances toxiques circulant dans le sang. Il est logique d'admettre que, par suite du mauvais fonctionnement de ces glandes, les poisons s'accumulent dans l'organisme. Ils peuvent même être sécrétés par cette glande elle-même qui, non seulement ne détruit plus ou ne transforme plus les toxines de l'économie, mais encore ajoute par ses propres produits à l'intoxication préexistante. A cet empoisonnement par hyperactivité ou insuffisance de la glande, il convient d'adjoindre les perturbations que les anomalies de la sécrétion glandulaire interne amènent dans la nutrition générale, et qui doivent entrer en ligne de compte parmi les causes provocatrices du mal comitial. Ainsi semble s'expliquer l'auto-intoxication dont les causes si multiples et si dissemblables aboutissent toutes, à partir d'une certaine dose de toxine, à la même manifestation : l'accès convulsif.

Les résultats thérapeutiques obtenus dans plusieurs cas par l'ablation des ovaires ou au contraire par l'administration d'extrait ovarien, sont en concordance parfaite avec la théorie que nous venons d'énoncer plus haut; et les observations que nous avons publiées de ces femmes dont les crises cessèrent à la ménopause viennent encore confirmer cette opinion. Chez ces malades, il semble bien y avoir une anomalie de la sécrétion

interne de l'ovaire amenant une auto-intoxication, puisque celle-ci disparaît au moment même où la glande s'atrophie et cesse de fonctionner. Il en est de même pour les sujets qui forment le groupe le plus important de notre classification et chez lesquels les crises augmentent de nombre et de fréquence au moment des règles ; là encore, le fonctionnement normal de l'ovaire influe sur le métabolisme général d'une façon très nette, en produisant l'auto-intoxication de l'organisme, auto-intoxication qui se traduit par des phénomènes convulsifs.

On pourra trouver bizarre que, dans les observations XXV et XXVI, les phénomènes convulsifs s'amendent précisément au moment du flux cataménial : il y a là un phénomène dont la genèse semble nous échapper, et qui cependant peut s'expliquer de la façon suivante : étant donné que la fonction ovarienne, en tant que sécrétion interne, est de neutraliser les toxines qui se trouvent dans l'organisme, il est évident qu'au moment de l'activité glandulaire, les produits déversés dans la circulation générale par un ovaire fonctionnant normalement supprimeront, transitoirement tout au moins, la toxicité du sang à l'égard des cellules du cortex ; dès lors, puisqu'il y aura absence d'excitation, le neuro-psychisme ne pourra plus être influencé. En résumé, suivant que la glande ovarienne fonctionnera de façon normale ou anormale, les éléments nocifs du

sang pour les cellules nerveuses, particulièrement nombreux à l'époque menstruelle, seront détruits ou au contraire pourront continuer à amener des désordres graves dans l'économie ; il reste entendu qu'une hyperexcitabilité de l'écorce est nécessaire à l'apparition du syndrome épileptique, laquelle est sous la dépendance habituelle d'atteintes morbides antérieures qui auront laissé l'écorce cérébrale en état de moindre résistance.

Pour compléter notre travail, il nous reste à dire quelques mots des déductions thérapeutiques qu'on en peut tirer ; il nous semble, en effet, que l'emploi systématique et exclusif des préparations bromurées, d'ailleurs très justifié puisqu'il tend à diminuer l'hyperexcitabilité réflexe du cerveau, doit être complété par celui de traitements ou d'interventions agissant sur les éléments susceptibles d'impressionner les territoires déjà trop excitables de l'écorce cérébrale. Il y aurait certes là un champ fertile de recherches et on peut en prévoir les résultats ; alors qu'un ovaire déversant dans le torrent circulatoire des principes nuisibles à l'économie sera justiciable de l'ablation, on devra, au contraire, suppléer à l'insuffisance secrétoire de produits utiles à l'organisme provenant d'un ovaire à fonction imparfaite en s'adressant à une opothérapie rationnelle. La méthode, quoique encore récente, a déjà donné des résultats, ainsi que nous l'avons dit plus haut.

Nous croyons, pour notre part, que ce traitement causal de l'affection épileptique chez les femmes, une fois bien précisé, et prudemment institué, viendra apporter une action adjuvante précieuse à celle de la diététique et des anticonvulsivants.

CONCLUSIONS

1° L'apparition de la crise épileptique est liée à des phénomènes d'auto-intoxication ;

2° La clinique démontre que fréquemment chez les femmes, le début des manifestations de la névrose coïncide avec celui des menstrues, que les phénomènes convulsifs augmentent de fréquence et d'intensité à chacune de leur apparition périodique, et qu'ils s'amendent puis cessent parfois à la ménopause ;

3° Pendant la menstruation, il existe des troubles de la nutrition, d'où résultent des phénomènes d'auto-intoxication, qui peuvent être la cause dans nombre de cas, de phénomènes convulsifs chez les femmes épileptiques ;

4° La physiologie menstruelle comprend non seulement une fonction mécanique (rupture de l'ovisac et chute de l'ovule), mais aussi une véritable fonction glandulaire, sécrétion interne utile à l'organisme, dont l'insuffisance ou l'exagération peut entraîner également un certain degré d'auto-

intoxication, qui, chez les femmes prédisposées, se manifeste par des crises épileptiques ;

5° Un traitement rationnel de l'épilepsie chez la femme devra donc, dans certains cas, avoir pour but de suppléer au mauvais fonctionnement (insuffisance ou hyperactivité) de l'ovaire.

Vu : le Président de la thèse
GILBERT BALLET

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Axenfeld (A.). — Traité des névroses. Paris, 1883.

Ballet (Gilbert) et Faure (M.). — Un cas d'épilepsie d'origine hépatique. Congrès de Toulouse, 1er et 5 avril 1902.

Beau. — Recherches statistiques pour servir à l'histoire de l'épilepsie et de l'hystérie (Arch. gén. de méd., 2e série, juillet 1836).

Breman. — Épilepsie menstruelle traitée par la transplantation ovarienne (the Glasgow Med. Journ., vol. LXIII, n° 2, février 1904).

Brière de Boismont. — La Menstruation considérée dans ses rapports physiologiques et pathologiques, 1842.

Claude (Henri) et Schmiergeld (A.). — Les Glandes à sécrétions internes chez les épileptiques (l'Encéphale, p. 1, janvier 1909).

Delasiauve. — Traité de l'épilepsie, Paris, 1854.

Etchepare. — La Menstruation chez les aliénés (Revista Med. del Uruguay, décembre 1904).

Féré (Ch.). — Les Épilepsies et les épileptiques. Paris, 1890.

Franck (François). — Leçons sur les fonctions motrices du cerveau et sur l'épilepsie cérébrale. Paris, 1887.

Gélineau. — Traité des épilepsies. Paris, 1901.

Gordon (A.). — Epilepsy in its relations to menstrual periods Study of 23 cases (Pensylvania Med. Journ., février 1910).

Gualino. — Contribution clinique à la pathogénie de l'épilepsie menstruelle (Ann. di Gren. fasc., 4 décembre 1907).

Hugh Davidson (S.). — Ovarian epilepsy and its treatment by operation (Edimburgh Med Journ., n° 2, février 1910).

Kræpelin. — Traité de Psychiâtrie. Leipzig, 1904, 7e édition, t. II, p. 653.

Laignel-Lavastine. — Rapport au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, XVIIIe sess. Dijon, août 1908.

Levi Bianchini. — Les Épilepsies menstruelles (Il Monicomio, 1909).

— Épilepsie cataméniale (Arch. di Psych. pat. anthrop. crimin. e med. leg., 1900, fasc. 4-5).

Maes et Claude. — Contribution à l'étude de l'épilepsie idiopathique (Ann. d'électr. et de radiol., avril-mai 1907).

Parhon (G.) et Urechia. — Quelques considérations sur l'influence de la menstruation, sur la fréquence des accès épileptiques (Journ. de Neurologie, 5 décembre 1908, p. 441).

Régis. — Précis de Psychiâtrie, 3e édition. Paris, 1906.

Toulouse. — Les Causes de la folie. Paris, 1896.

Toulouse et Marchand. — De la thérapeutique ovarienne (Société de Biologie, février 1899 et Revue de Psychiâtrie, 1899, p. 80).

Trepsat (L.). — Épilepsie et menstruation (l'Encéphale, juin 1908, p. 486).

Villard. — De la Menstruation chez les épileptiques (Mouvement médical, 1868, nos 30 et 31).

Voisin (J.). —L'Épilepsie. Paris, 1897.